

・福祉医療受給者は該当するものに○
 ・福祉医療受給者以外は「無」に○

国民健康保険療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	1	2	3	4	5	福祉医療区分	
療養を受けた 被保険者氏名	知多 太郎					無	子・障・母・精
個人番号	1234 5678 9123					昭	平・令
診療、薬剤の支給又は手当を受けた病院、診療 所、薬局、その他の者の名称及び所在地						生年 月日	〇年 〇月 〇日
診療又は調剤に従事した医師、歯科医師又は薬剤師 の氏名						世帯主と の続柄	本人
療養の給付を受けることが できなかった理由	1. 業者へ装具作製を依頼したため 2. その他（具体的に）					病院名	入院 外来
傷病名	〇〇症 〇〇骨折 等		療養期間	令和 〇年 〇月 〇日から 令和 年 月 日まで 〇日間			
発病、負傷の 年月日	令和 年 月 日		発病、負 傷の原因	転んだため 等 第三者行為該当の有無 有・無			
発病、負傷の経過	装具による療養		療養に要				
療養内容	〇〇装具		・傷病の原因が第三者によるものである 場合は、他に届出が必要です。				金額 円
上記のとおり療養に要した費用は							支給決定額に
ついては、次の口座に振り込んでください。							
令和 〇年 〇月 〇日							
知多市長様							
・マイナポータルから世帯主が 公金受取口座の登録が済んでい て、そこに入金希望する場 合はチェックしてください			住所	知多市 緑町1番地			
			氏名	知多 太郎			
			個人番号	1234 5678 9123			
			電話番号	0562-36-2653			
振 込 先	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する者は口座 ※公金受取口座を登録している世帯主の口座に振 （事前にマイナポータルから登録している方に限						本人確認欄
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (振込先金融機関名)						
	銀行 信用金庫 農協 信用組合		本店 支店		(預金種目) 普通 座 (口座番号)		
(名義人氏名) フリガナ						注：世帯主もしくは療養を 受けた被保険者の名義 の口座にしてください。	
処理欄	一部負担金額		円	支給決定額		円	受付者

本人確認欄
受付者